

# in Richtung der ersten Zeit hatte man kommen Station

Inhalt hatten Sie zu beantworten , werde ich es nur auf Abgabe Dienstleistungen für Patienten zu verwenden. Ich tu das nicht offenzulegen oder geben Sie Ihre persönlichen Informationen, um Ihre nicht anders angegeben Dritte ohne . Wir beobachten das Personal Information Protection Act.

phonetisch Name		Mann Frau	Gegenüber Kindern Körpergewicht kg	Generika  <input type="checkbox"/> Ich wünsche <input type="checkbox"/> nicht wünschen, <input type="checkbox"/> Beschreibung Hoffnung
Geburtsdatum	(M · T · S · H)      Jahr      Monat      Tag			
Anschrift	〒      -			
Telefonnummer	Kontaktinformationen      (      )			

~~Es ist ein Arzneimittel mit darauf geachtet werden, Matching und Krankheit zu trinken, so wenden Sie sich bitte im Bereich nicht zu a ssig beantworten.~~

Sind Sie f ü hrt Sie in welche Symptome heute?

Neben den heutigen Besuch, Sie haben eine Krankheit oder therapeutisches Arzneimittel f ü r die Behandlung haben zur Zeit?

- gibt es keine  ist
- Bluthochdruck  Diabetes  Dyslipidämie  Hyperurikämie  Erkrankungen des Gehirns  Herzkrankheiten  
 Leberkrankheit  Nierenkrankheit  Urologische Erkrankungen  Magen·Zwölffingerdarm Geschwür  
 Atemwegserkrankungen  Katarakt  Glaukom  \_\_\_\_\_

Bitte schreiben Sie, wenn Sie den Namen Ihres Medizin kennen.

Gibt es eine Theke Medikamente, die Sie au ß er Medizin, die heute verschrieben hat verwenden?

- gibt es keine  ist
- kalte Medizin  Magen-Darm-Medikament  Schmerzmittel  Vitaminpillen  \_\_\_\_\_

Haben Sie das Medikament nicht auf den K ö rper passen so weit?

- gibt es keine  ist
- Durchfall  Magenschmerzen  Ekzem  Das Atmen wurde schmerzhaft  Schläfrigkeit  Der Hautausschlag war  
 \_\_\_\_\_

Bitte schreiben Sie, wenn Sie den Namen Ihres Medizin kennen.

Haben Sie, dass auf Ihre Verfassung beantragen?

- Nahrungsmittelallergie ( Eiweiß  Milchprodukte  Weizen  Buchweizen  Fisch  Garnele·Krabbe  \_\_\_\_\_)  
 allergische Diathese ( Atopie  Rhinitis  Heuschnupfen  Asthma  Nesselsucht  \_\_\_\_\_)  
 Schwachen Magen  Leicht zu Durchfall  Verstopfung neigen  Schwache Haut  \_\_\_\_\_

## Wohnen Gewohnheit

~~Dass es um die Verwendung Ihrer Medizin bezogen werden, beantworten Sie bitte so viel wie m ö glich.~~

					
Zigarette <input type="checkbox"/> nicht einatmen <input type="checkbox"/> Ich sauge	Schnaps <input type="checkbox"/> nicht trinken <input type="checkbox"/> ich trinke	Der Betrieb von Auto <input type="checkbox"/> nicht Antrieb	Betriebsklima <input type="checkbox"/> Luft <input type="checkbox"/> Maschinenbe dienung <input type="checkbox"/> Nachtschicht	Für Frauen <input type="checkbox"/> Schwangers chaft (      Monate) <input type="checkbox"/> in der Stillzeit	Vorsicht <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Hitsudan Hoffnung <input type="checkbox"/> [      ]

Vielen Dank f ü r Ihre Mitarbeit.

Ltd. suzuran \_\_\_\_\_ Apotheke